

En Sara Zusman de Arbiser (comp.), *Relatos de la práctica psicoanalítica: transmitiendo experiencias*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina): RV Ediciones.

"Versiones del sostén en el caso de "el hombre que corta"".

del Olmo, Juan Daniel.

Cita:

del Olmo, Juan Daniel (2021). "Versiones del sostén en el caso de "el hombre que corta"". En Sara Zusman de Arbiser (comp.) *Relatos de la práctica psicoanalítica: transmitiendo experiencias*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina): RV Ediciones.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/juan.d.del.olmo/3>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Versiones del sostén en el caso de “el hombre que corta”.

Juan D. del Olmo, 2020¹.

“¿Cómo se llama el hombre que corta?”

Primero. La herencia.

A primera vista, la imagen de Roberto llama la atención. Desalineado, desgarrado, desdentado también, pues carece de algunas piezas dentales muy visibles. Lleva en una de las manos una bolsa de residuos, que contiene ropa que luego enviará al lavadero. Se disculpa por hablar con los ojos cerrados: la migraña que padece le impide mantenerlos abiertos, aún más con la luz del consultorio encendida. A sus 63 años, vive solo y trabaja en un kiosco de diarios a pocos metros de una estación de tren. Uno de sus amigos lo ha llevado al servicio de salud mental del hospital general, para que allí inicie tratamientos psicoterapéutico y psiquiátrico. En la primera entrevista, Roberto plantea algunos inconvenientes respecto a la posibilidad de asistir con frecuencia al hospital. Refiere que “tiene” trastorno por ansiedad generalizada, diagnosticado hace varios años en el contexto de un tratamiento cognitivo conductual, mediante el cual ha podido resolver “6 de los 10” síntomas. A los restantes, los ubica en relación con el miedo de ir a una consulta con *el médico*, y a otra con un odontólogo. Dice temer al diagnóstico de una enfermedad insalvable y mortal, “como el cáncer, por ejemplo”. La ansiedad que le genera le impide comprobar o descartar esa posibilidad. Posee la certeza de la enfermedad y la muerte inminente.

Afirma que vino “mal barajado por la herencia”. En su niñez, vivía con la pareja parental, su hermana melliza y un hermano mayor. A sus 4 años, la madre habría comenzado a cursar al menos un episodio depresivo por el cual no podía encargarse de sus hijos: la familia se dividió, yendo Roberto y su melliza a vivir con la familia paterna, y su hermano quedándose en la casa. El padre iba y venía entre ambos hogares, y Roberto lo veía, cuando lo veía, siempre preocupado y nervioso. Pocas veces vio Roberto a su madre hasta sus 18 años, momento en que ella falleció. Tal es el instante en que sitúa el inicio de su ansiedad: por un lado, su muerte, y por otro, el consumo de alcohol en aumento del padre, a raíz de su propia depresión.

Años después, con una diabetes sin control médico, el padre debió ser sometido a amputaciones progresivas de ambas piernas, dada la gangrena que las iba ocupando. Para la última cirugía, Roberto dio el consentimiento en soledad, puesto que su progenitor estaba inconsciente y muy grave, y su hermano no había concurrido. Lo cuidó los siguientes diez años, mientras el otro continuaba con sus frecuentes borracheras y un desbocado consumo de tabaco. Finalmente falleció de cáncer de pulmón, “como un perro, luego de un

¹ Publicado en *Relatos de la práctica psicoanalítica: transmitiendo experiencias*; Sara Zusman de Arbiser (comp.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, RV Ediciones, 2021. Páginas 105-116.

“largo calvario”. Roberto dice haberlo combatido en su lecho, intentando limitar sus excesos: por ello, recuerda que el padre sentenciaba rabioso en su lengua materna “de los tres, eres el peor”. Con el correr de las entrevistas, dio cuenta de que también era el más parecido físicamente. Le señalo que el parecido físico podría no constituir el único en juego, y enseguida dice que él fuma también exageradamente, aun conociendo los perjuicios y habiendo visto sus consecuencias. Digo también que tales encuentros con los médicos han sido muy terribles, y que con ello en cuenta no extraña que no quiera saber nada con ellos.

Con su hermana melliza se ve poco, puesto que lo desespera su inquietud constante. Refiere un presunto diagnóstico de esquizofrenia, con rasgos significativos de hipocondría. Manifiesta sufrir varias enfermedades, para lo cual realiza consultas médicas permanentes, no conformándose con ninguna opinión. Enseguida, Roberto establece opuestos: la hermana no cree en los médicos, y por eso va a todos los que pueda. Como él sí cree, no va a ninguno. La palabra del médico adquiere una cualidad mortífera: surge como una palabra que mata, con el diagnóstico, y si no hubiera tal, porque no hubiera enfermedad, pensaría que se trata de una mentira blanca, una mentira piadosa, para protegerlo. Por lo tanto, no le creería, sosteniendo la certeza de la enfermedad. En este extremo, se asemeja a su hermana. Introduzco un planteo: estos pensamientos, esta preocupación permanente, insidiosa a la manera del cáncer, le va consumiendo la vida.

Roberto recuerda cómo estuvo solo ante la decisión del corte de la pierna del padre, como si de alguna manera él mismo hubiera efectuado la cirugía, y de lo solo que se siente ahora habiendo crecido con una madre que se le presenta desconocida. Allí también hubo un corte propiciado por un médico, que la declaró enferma, y un verdugo, su padre, quien lo ejecutó. Punto de angustia. Silencio. Llanto contenido. “¿Cómo se llama el hombre que corta?”, pregunta. Cirujano, respondo. Tomo esta pregunta interpretando que Roberto vivencia a los médicos como esos hombres que cortan, los lazos, el cuerpo. Médicos que hacen carnicerías, digo. “Vos sabés que mi padre era carnicero...”, asocia Roberto.

Otra vez el silencio, interrumpido esta vez por la resistencia que aparece en primera línea: “Todo esto es muy lindo, pero ¿de qué me sirve?”

Segundo. El trabajo de la transferencia.

A la entrevista siguiente, concurre con algún material asociativo. El, el más parecido al padre, con la idea insoportable de morir como aquel. Y una pregunta y un reclamo por la herencia que le tocó a los hermanos mellizos: la enfermedad psíquica, ambos lejos de la madre, habiéndose perdido “la etapa linda” de la vida familiar. Esos 4 síntomas como saldo de esos sólo 4 flacos años, que aún no ha resuelto.

Atravesando la resistencia y resistiendo en la posición de analista, el lazo transferencial se afianza. Ocurre que por momentos Roberto calla, y el silencio no lo apura a abandonar sus reflexiones, que a veces me comenta, otras no. Ya no habla *como si* recitara una lección aprendida de memoria, armada (en su doble sentido: edificada férreamente y

difícil de desmontar; y aguerrida, considerando el combate que presta para ceder) de manera impenetrable. Ahora dice y se escucha. De a poco se construyen instantes fugaces de intimidad: llora por el dolor de no haber conocido a su madre, de haberla abandonado y haber sido él mismo abandonado; dibuja una imagen suya como hombre poco deseado por las mujeres, cuánto lo frustra y lo entristece; aparece en el relato una que lo quiso, y que falleció poco antes de que iniciara el tratamiento actual. “A veces uno se siente pequeñito en un mundo de adultos”, enuncia. Sin embargo, al mismo tiempo que se nombra niño, afirma “vos podrías ser mi hijo o mi nieto”, y agrega “no te ofendas por lo que te digo”. Esta adopción en transferencia ha sido anticipada por un comentario, meses atrás, sobre el perfil de su nariz y de la mía, que delata, según su criterio, una ascendencia europea en común. En esta dinámica transferencial, inconsciente, como hijo imaginado, mi imagen constituye un ejemplo de su potencia, ubicándolo en una posición de padre, alejándolo del suyo propio: un distanciamiento que no ha logrado, un corte que no ha efectuado. También, desde ese lugar asignado, lo he combatido a él como padre, insistiendo, duplicando la apuesta, aún más en los momentos en que cuestiona la utilidad, para ser fiel a sus términos, de la producción analítica. Por momentos le he creído, como asimismo debió creerle él a su padre en su descalificación.

A lo largo del trabajo de reconocerse pequeñito, abandonado y determinado por las barajas de la herencia, Roberto trae a sesión que está “más valiente”, que realiza cosas que antes no hacía, como hablar con desconocidos en una fiesta a la que fue invitado. Concluye que puede realizar algunas actividades, “si me pongo las pilas”, si se pone valiente. Vía responsabilización, comienza a pensar sobre su estado clínico y la cantidad de cigarrillos diarios que fuma. “Soy un boludo como mi padre, que se dejó estar”.

La comprensión de la similitud indica el camino y marca el tiempo para iniciar el señalamiento de la diferencia, con el objetivo de favorecer la desidentificación con lo mortífero del padre. Roberto no es el padre, ni está predestinado a morir de la manera en que el otro lo hizo. Que tenga conductas semejantes no implica que no pueda tener otras distintas, más cuidadosas. La herencia, por más fuerte que sea su mano, posee sus límites. La fantasía que condensa médico – carnicero – padre como núcleo patógeno puede ser cuestionada y puesta a prueba. En una ocasión Roberto concurre a su horario manifestando sentir taquicardia. Largos minutos transcurren hasta que ambos tomamos la decisión (él, acercarse a su escena temida, y por mi parte, arriesgarme a una intervención por fuera de la comodidad del consultorio, quizás también una escena temida) de acercarnos a la guardia para que le realicen una evaluación. El azar permite que el médico que lo atiende esté familiarizado con el ámbito psi, y dispuesto a practicarle un “electrocardiograma terapéutico”. Roberto pide que yo permanezca en el consultorio durante el procedimiento. A partir de allí, el paciente comienza a evaluar las condiciones en que podría asistir a una consulta médica: lugares, profesionales, recomendaciones. En una oportunidad afirma que si bien siente que tiene algo y que está enfermo, no es insalvable ni mortal. “Algo en el pulmón o en el corazón”, dice livianamente, desacreditando la gravedad. Omito referirme

a lo sería que podría ser una afección en tales órganos. Me limito a decir: “Uno puede enfermar sin morir”.

Roberto se ausenta a varias sesiones, comunicando mediante mensajes telefónicos cada cancelación. Efectivamente, ha enfermado de cólicos renales, motivo por el cual ha consultado con un médico, que indicó reposo y medicación.

La primera sesión luego de esta pausa, se saca el abrigo que lleva puesto y dice que quiere mostrarme algo. Levanta una de las mangas de su camisa, señalando un trozo de algodón pegado a su brazo con cinta adhesiva. “Hoy me levanté valiente y fui a hacerme un análisis de sangre”, dice. Propone leer el resultado del mismo en sesión, una vez que los tenga en su poder. Se lo nota tranquilo, por momentos expectante. Parece que comienza a interesarse en la escritura de lo que su propio cuerpo, el propio y no la carne del padre, tiene para decir.

Tercero. El hombre que corta.

Roberto suele comentar que vive en un estado de inquietud continua, al que define de varias maneras a lo largo del tratamiento. En orden cronológico: como un estado permanente de tensión, de nerviosismo generalizado; “una preocupación constante como fondo de pensamiento” (detrás de pensamientos más alegres); una “estructura mental de desamparo”; una sensación de no poder parar de pensar y de preocuparse”; “estado permanente de desubicación”. Lo refiere como un síntoma propio del trastorno diagnosticado (ansiedad generalizada). Alguna vez le he preguntado si pensaba de la misma manera en que hablaba. Enroscada, con una incansable enumeración de sinónimos, sin pausas, molesta al oído. Y con los ojos cerrados. En algún momento pudo incorporar y tolerar los silencios sin caer al vacío, y abrir los ojos, no sin un arduo trabajo de disminución de la velocidad de la maquinaria feroz que lo asediaba.

Roberto piensa mucho. Winnicott piensa el pensar. Sitúa esta capacidad en paralelo al proceso de ilusión – desilusión, como recurso del infans para afrontar la falla del ambiente en su adaptación. Allí donde se piensa *suficiente*, ha habido una falla adaptada: se le ha retirado al niño algo de lo que puede proveerse por sus medios propios. El desarrollo de las potencias del niño y los requerimientos de provisión ambiental están relacionados de manera inversamente proporcional. El *pensar de más* ocurre cuando “el funcionamiento mental (...) reemplaza prácticamente a la madre buena y la torna innecesaria” (Winnicott, ¿1968?). El niño ha perdido la confianza en el ambiente, no puede no pensar y descansar. “El pensar actúa como sustituto del cuidado materno y se desarrolla un falso self bajo la forma de un intelecto explotado” (Winnicott, ídem). Pensando es la única manera de obtener cuidados. Si no piensa, se cae. Y duda de si alguien lo atajaría en su caída. Mejor dicho, no duda de que no. Como racionalización de su reticencia a consultar con un médico clínico, dijo en alguna oportunidad que, como seguramente estaba enfermo, tendría que dejar de trabajar; y si lo hacía, mejor sería morirse porque no iba a poder mantenerse económicamente. Así aparece planteada la oposición *constancia* (de actividad laboral –

intelectual) o *desvanecimiento* (caída al vacío - desamparo). Mas esta constancia constituye a su vez un “programa hacia la muerte”.

Pensar, entonces, constituye para Roberto una defensa contra el breakdown (Winnicott, 1963). Este término anglosajón puede traducirse de diversas maneras, y quizás sea una experiencia que reúna ese conjunto: colapso, quiebra, quebrantamiento, fracaso; derrumbe de la organización yoica, que toma cuerpo en el cáncer tan temido, que lo igualaría, una vez más, a su padre fragmentado. Una carnicería del yo.

Por su parte, la figura del hombre que corta se desplaza sobre diferentes personas. La manifiesta y consciente, por un lado, como hemos visto, es la del médico; una primera latente corresponde al padre, el carnicero / el que interrumpió el vínculo de Roberto con su madre. Una segunda asociación inconsciente lo toma a él mismo, otorgándole al caso el tinte neurótico que se sobreimprime a la dimensión de la falta básica (Balint, 1979). El lamento constante de Roberto sobre la soledad ante el padre rabioso expresa en su misma enunciación los actos de corte que él ejerció. Aceptando la mutilación de las piernas, cuidando de sus vicios, a un sujeto que no demuestra demasiados intereses libidinales, adherido a la deriva de sus excesos posiblemente melancólicos. Incluso es posible proponer que la virulencia del destino asumido de la enfermedad irremediable y corrosiva pueda constituir una consecuencia del sentimiento de culpa inconsciente, no sólo por la función de verdugo parricida, sino también por mociones infantiles edípicas vindicativas contra aquel que lo privó de “la etapa linda de la vida”, al lado de su madre. Un verdugo vengativo, que teme una retaliación feroz, siniestra.

Escribe Freud (1925): “... lo que el yo considera como peligro, y a lo que responde con la señal de angustia, es a la cólera del superyó o al castigo que el mismo puede imponerle, o a la pérdida de su amor. La última transformación de este miedo al superyó me parece a mí el miedo a la muerte (por la vida), o sea, la angustia ante la proyección del superyó en los poderes del destino.”

Cuarto. Versiones del sostén.

Algunos años después, el tratamiento psicoterapéutico finaliza. La pacificación de los síntomas, un ánimo más alegre, simultáneos al inicio de los trámites de la jubilación, conducen a un acuerdo sobre el alta. La jubilación no es un dato menor: representa la confiabilidad en un Otro que ampara. Decantación simbólica, quizás, del sostén psíquico que ha implicado el proceso analítico.

Déficit, falta básica, necesidades del yo, se erigen como conceptos de tres autores que describen una dimensión de padecimiento enraizado en la constitución del yo, tanto en su aspecto funcional como en el sentimiento de existencia, desplazando del eje protagónico a la clásica problemática edípica. Killingmo ha resaltado el modo de funcionamiento mental, mientras que Winnicott y Balint han profundizado en los afectos del ser y el relacionarse.

Cada uno de los conceptos señalados posee un par paralelo y complementario. Ya Freud (1894) había diferenciado, en función de la existencia de un mecanismo psíquico que

le otorgara forma al síntoma, neurosis de transferencia y neurosis actuales. Seguidamente, describió neurosis mixtas, con componentes de ambos tipos. Killingmo asimismo definió dos polos a los que denominó patologías de conflicto y de déficit; como Freud, luego relativizó la distancia entre ambos. Balint y Winnicott objetivaron y nombraron a su manera desde el inicio dos dimensiones paralelas: la falta básica – necesidades del yo, y el nivel edípico – necesidades del ello. Ninguna excluye a la otra; por el contrario, dan cuenta de la complejidad del psiquismo, sin reducirla.

Así, los modelos de intervenciones del sostén y la interpretación no se presentan privativos del otro, sino que pueden alternarse durante el curso del mismo tratamiento adaptándose, winnicottianamente, al estado psíquico del paciente. La eficacia de este ajuste dependerá del *handling* del analista, entendiendo de esta manera, entre otras cosas, su flexibilidad técnica y la capacidad de entonamiento (Stern, 1985), elementos que pueden conformar una *preocupación terapéutica*, que extraiga de la preocupación maternal primaria (Winnicott, 1956) el estado de concernimiento y de alta sensibilidad empática. El campo semántico de *holding*, término inglés original trabajado por Winnicott y uno de sus conceptos más importantes y reconocidos, impresiona más amplio que su traducción por sostén. O, al menos, dentro del concepto “sostén” como traducción cabe integrar otras acepciones comprendidas en el vocablo anglosajón.

En principio, ubiquemos que el sufijo *ing* supone una acción continua y no discreta, mejor entendida como verbo que como sustantivo. Tal es el caso también del *playing*. Así, el sostén se refiere más a una disposición o una capacidad manifestadas en un acto concreto, pero que lo exceden.

Holding, asimismo, alude en algunas situaciones a un conglomerado, agrupación o participación de organizaciones o empresas en un ente de mayor calibre. Señala un involucramiento en un proyecto propio, ajeno, común, que requiere la inversión de un capital (libidinal, aludiendo a un espacio psicoterapéutico) de las partes intervinientes. Por su parte, *hold* expresa el par agarrar – dejarse agarrar, que evoca tanto una tendencia activa a sostener y la disponibilidad a que el otro activamente se sostenga en uno. *Hold on* y *hold up* introducen una dimensión temporal que toma consistencia en una continuidad: esperar, resistir, soportar, mantener. Sostener el encuadre, el trabajo analítico, el deseo del analista, no pocas veces toma la forma de una resistencia que se enfrenta y enmarca las tendencias autodestructivas y de desinversión del analizante. Resistir y esperar a que transcurran las “tormentas afectivas” (Kernberg, 2003), como también esperar el timing adecuado para una intervención, o esperar a que el paciente pueda elaborar sus propias interpretaciones o conclusiones.

Por último, el *hold in*, contener y contenerse, puede direccionarse conceptualmente hacia el par continente – contenido y la función de reverie en Bion, y el préstamo de la capacidad reflexiva (yo auxiliar) del analista. Por otro lado, introduce la variable del cuidado de la subjetividad íntima del mismo, y de mantener una “actitud profesional”, asimilable a “un buen comportamiento” (Winnicott, 1960, 1962). Es decir, emerge la cuestión de la contratransferencia, ineludible especialmente en situaciones clínicas graves.

En su segundo artículo explícito sobre el tema (Winnicott, 1960), Winnicott señala que se vuelve necesaria para el analista una formación defensiva flexible (un falso self profesional, podría pensarse) que introduzca una distancia óptima entre las subjetividades íntimas de los involucrados para proteger al paciente de lo “inconfiables que somos en la vida privada”. Si bien conceptualiza al psicoanálisis como un heredero refinado de la transicionalidad, caracterizada por la superposición de las zonas de *playing*, la subjetividad del analista en este escenario se encuentra (debería hacerlo) en función de la del paciente; de lo contrario, constituiría una intrusión, una falla. Radica aquí un punto técnico y ético. El uso de los afectos y representaciones contratransferenciales será motivo de otros desarrollos.

Contenerse, comportarse bien (éticamente), mantener una actitud profesional, podrían ser ubicados como prácticas de sostén ejercidas sobre el propio terapeuta. Para el cuidado del consultante y de sí mismo.

Bibliografía.

Balint, M. (1979): *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. 1982.

Bion, W. (1962): *Volviendo a pensar*. Buenos Aires, Argentina: Hormé. 2006.

Freud, S. (1894): Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”, en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, volumen 3, 2013.

Freud, S. (1912): La dinámica de la transferencia, en *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Biblioteca Nueva – Editorial Losada. 1997.

Freud, S. (1925): Inhibición, síntoma y angustia, en *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Biblioteca Nueva – Editorial Losada. 1997.

Freud, S. (1937): Análisis terminable e interminable. Amorrortu, volumen 23.

Kernberg, O. (2003): “La gestión de las tormentas afectivas en la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes borderline”, en *Aperturas psicoanalíticas, revista internacional de psicoanálisis*, número 15, año 2003. Disponible en <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000263>

Killingmo, B. (1989): Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70: 65 – 79.

Stern, D. (1985): El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Paidós, Buenos Aires, 2005.

Winnicott, D. W. (1956): “Preocupación maternal primaria”, en *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia.

Winnicott, D. W. (1960): “La contratransferencia”, en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 2005.

Winnicott, D. W. (1962): “Los fines del tratamiento psicoanalítico”, en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós, 2005.

Winnicott, D. W. (1963): El miedo al derrumbe, en *Exploraciones psicoanalíticas 1*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós. 2006.

Winnicott, D. W. (1965): Nuevos esclarecimientos sobre el pensar en los niños, en *Exploraciones psicoanalíticas 1*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós. 2006.

Winnicott, D. W. (¿1968?): El pensar y la formación de símbolos, en *Exploraciones psicoanalíticas 1*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós. 2006.

Winnicott, D. W. (1971): *Realidad y Juego*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa. 1972.